Aus der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Basel
(Vorsteher: Prof. Dr. E. Lüscher)

Zur Frage der Früherfassung und Frühdiagnose bösartiger Geschwülste der Luft- und oberen Speisewege

(einschliesslich Bronchien und Speiseröhre)

(aus dem Krankengut von 1946 bis 1955)

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von
WERNER DIENER
von Konolfingen-Stalden BE

VERLAG P. G. KELLER - WINTERTHUR 1962

Aus der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Basel
(Vorsteher: Prof. Dr. E. Lüscher)

Zur Frage der Früherfassung und Frühdiagnose bösartiger Geschwülste der Luft- und oberen Speisewege

(einschliesslich Bronchien und Speiseröhre)

(aus dem Krankengut von 1946 bis 1955)

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von
WERNER DIENER
von Konolfingen-Stalden BE

VERLAG P. G. KELLER - WINTERTHUR 1962

Von der Medizinischen Fakultät genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. Erhard Lüscher.

Tag der Promotion: 6. Juli 1962

Herrn Prof. Dr. E. Lüscher möchte ich an dieser Stelle für die freundliche Überlassung der Arbeit sowie die Ratschläge und Anregungen noch einmal meinen aufrichtigen Dank aussprechen.

Ebenso spreche ich Herrn Prof. Werthemann und seinen Mitarbeitern für die Überlassung der histologischen Resultate meinen besten Dank aus.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546005_0129

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 7

1. Karzinome der Nasennebenhöhlen 10

2. Karzinome der Zunge und des Mundbodens 13

3. Karzinome der übrigen Mundhöhle 16

4. Tonsillenkarzinome 19

5. Rachenkarzinome 22

I. Epipharynxkarzinom 22

II. Mesopharynxkarzinom 24

III. Hypopharynxkarzinom 26

6. Larynxkarzinome 29

I. Karzinome des Larynxeinganges 29

II. Karzinome des Larynxinnern 32

7. Karzinome des Oesophagus 35

8. Bronchuskarzinome 39

Tabellarische Zusammenfassung 43

Schlussfolgerungen 44

Zusammenfassung 47

Literaturverzeichnis 48

EINLEITUNG

Die bösartigen Geschwülste der Luft- und oberen Speisewege sind keineswegs seltene Erkrankungen. Ihre zum Teil erschreckende Häufigkeit, wobei über ihre Ätiologie nach wie vor keine sicheren Angaben gemacht werden können, berechtigt einmal mehr, das Problem der Früherfassung eingehend zu behandeln. In umfangreichen Krebsstatistiken machen sie ungefähr einen Drittel aller Krebse aus (Meyer).

Das Schicksal dieser vom Karzinom befallenen Menschen kann durch die Früherfassung und die entsprechende Frühbehandlung wesentlich verbessert werden, da die Heilungsaussichten erheblich günstiger werden.

Das Schwergewicht der Krebsbekämpfung wird heute mit Recht auf die Früherfassung der Erkrankung gelegt. Dieses Ziel soll durch Aufklärung der Bevölkerung auf breitester Basis mittels Presse und Radio (Nissen, Tucker) einerseits, durch Verbesserung unserer diagnostischen Hilfsmittel andererseits, erreicht werden. In die Aufklärung müssen die Ärzte selbst einbezogen werden, insbesondere die Allgemeinpraktiker, weil sie es sind, die die Patienten häufig zuerst in der Sprechstunde sehen.

Sie werden es sein, die die Patienten mehr oder weniger rasch dem Spezialisten oder der Klinik direkt zur Abklärung zuweisen und damit der Behandlung zuführen. Man kann sogar so weit gehen zu behaupten, dass wir Ärzte es oftmals selbst in der Hand haben, ob der Kranke geheilt werden kann oder nicht.

Die Therapie ist gegenwärtig zu einem gewissen Abschluss gelangt und lässt für die nächste Zukunft keine grundlegenden Änderungen mehr erwarten. Die Grenzen der Chirurgie scheinen momentan erreicht, gibt es doch heute praktisch kein Organ mehr, vor dem das Messer des Chirurgen haltmacht. Auch die Strahlenbehandlung ist weitgehend ausgebaut. Ihre Indikation und Dosierung der Strahlen sind hinreichend festgelegt und durch die gemachten Erfahrungen gestützt.

Die oben aufgezeigte Entwicklung des Problems der Krebsbekämpfung lässt sich an Hand der weiblichen Genitalkarzinome ausgezeich-

net illustrieren. Hier ist die Therapie eindeutig an ihrer Grenze angelangt. Eine Verbesserung der Resultate ist nur durch unermüdliche Aufklärung der Frauen durch Presse und Radio, in Volkshochschulkursen, in Vereinen etc. zu erzielen und durch eine Verfeinerung der Diagnostik, wie sie z. B. die Kolposkopie nach Hinselmann darstellt.

Auch bei den Erkrankungen des Ohren-, Nasen- und Hals-Gebietes sind im Verlaufe der letzten zehn Jahre die diagnostischen Hilfsmittel wesentlich verfeinert worden. Heute werden Bronchoskopie und Ösophagoskopie sowie eine exakte Röntgenuntersuchung geradezu gebieterisch gefordert. Neben der üblichen histologischen ist auch die zytologische Untersuchung nicht mehr wegzudenken.

Zur Frage der Früherfassung und Frühdiagnose soll diese Arbeit einen weiteren Beitrag leisten. Sie stützt sich auf die Bearbeitung der im Verlaufe der Jahre 1946 bis 1955 an der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Universität Basel vorgekommenen Fälle. Es soll vor allem das Hauptaugenmerk auf die Beantwortung der Frage gelegt werden, ob sich an Hand der anamnestischen Angaben Anhaltspunkte ergeben, die dazu angetan sind, dem Ziel der Frühdiagnose und Früherfassung näherzukommen. Erfahrungsgemäss kommen leider die Krebserkrankungen in den Luft- und Speisewegen grösstenteils in fortgeschrittenen Stadien, oft genug erst in inoperablem Zustand zur Behandlung. Was müssen wir aber tun und können wir unternehmen, damit der Kranke auf sein Leiden aufmerksam wird? Wir müssen in erster Linie die Zeit verkürzen vom Beginn der ersten Symptome bis zur ersten Konsultation, womit oftmals wertvolle und entscheidende Zeit gewonnen wird. Diese entscheidet dann im günstigsten Fall über die Operabilität, womit bei einer Grosszahl von Kranken die Rettung und Heilung verbunden ist.

Auch die Arbeit der Ärzte soll hier kritisch beleuchtet werden. Wie oft werden Patienten lange mit allen möglichen und unmöglichen Mitteln behandelt, ohne dass eine Besserung eintritt, bevor sie dem Spezialisten zu- resp. in die Klinik eingewiesen werden. Capps fordert, dass der Praktiker Fälle mit bleibenden Symptomen unbedingt zum Facharzt schicken sollte.

Diese verzögerte, um nicht zu sagen verspätete Diagnosestellung hat verschiedene Ursachen. Es ist nicht uninteressant, diesen Fragenkomplex

ebenfalls zu beleuchten. Auch die Alters- und Geschlechtsverteilung, die Histologie an Hand der Biopsien und die Symptome, wie sie der Reihe nach auftreten, sollen besprochen werden.

Ich habe bei der Bearbeitung des vorliegenden Krankengutes auf die geographische Herkunft verzichtet, da diese Untersuchung den Rahmen der gestellten Aufgabe überschreitet. Trotzdem wäre es nicht uninteressant, die prozentuale Verteilung der auf dem Lande und in den Städten lebenden Patienten festzustellen.

Nachstehend sollen die in dieser Arbeit speziell behandelten Fragen kurz schematisch aufgeführt werden:

1. *Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die häufigsten Symptome?*
2. *Welcher Arzt wird aufgesucht? (Allgemeinpraktiker, Spezialarzt?)*
3. *Wieviel Zeit verstreicht, bis die richtige Diagnose gestellt wird?*
4. *Wer stellt die richtige Diagnose? (Allgemeinpraktiker, Spezialarzt, Poliklinik resp. Klinik?)*

Eigene Fälle

In den Jahren 1946 bis 1955 kamen insgesamt 316 Fälle maligner Geschwülste der Luft- und oberen Speisewege zur Beobachtung. Sie verteilen sich wie folgt (Schema nach Prof. Dr. Lüscher):

7	Nasennebenhöhlen
27	Zunge und Mundboden
22	Übrige Mundhöhle
23	Tonsillen
88	Rachen
4	Epipharynx
6	Mesopharynx
78	Hypopharynx
66	Larynx
23	Larynxeingang
43	Larynxinneres
50	Ösophagus
33	Bronchus

In der Folge sollen die vorerwähnten Fragen behandelt werden, die uns erkennen lassen, wo die diagnostischen Schwierigkeiten beginnen,

und wie die von Patienten- und ärztlicher Seite gemachten Fehler vermieden werden können.

Diese Fragen können aber nur dann beantwortet werden, wenn wir zusätzlich folgende Faktoren berücksichtigen: Das Auftreten deutlicher Symptome, das Wachstum des Tumors, die individuelle Empfindlichkeit des Patienten und das Alter des Patienten.

Naturgemäss sind die Schmerzen diejenigen Symptome, die den Patienten am meisten beunruhigen. Je intensiver und anhaltender diese im allgemeinen sind, desto rascher wird er einen Arzt aufsuchen.

Entscheidend für die Früherfassung ist auch das Alter des Patienten. Erfahrungsgemäss geht der jüngere Kranke früher zum Arzt als der alte. Ebenso geht aus unseren Beobachtungen hervor, dass Städter den Arzt rascher konsultieren als die Leute auf dem Lande. Diese Feststellung hat Allgemeingültigkeit. Das Verhalten kann nicht überraschen, wenn man bedenkt, dass die in den Städten vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten (Spezialärzte, Polikliniken und Kliniken) sowie die Krankenversicherung, an gewissen Orten zum Obligatorium erklärt, den Gang zum Arzt wesentlich erleichtern.

So wird es auf dem Lande vor allem der praktische Arzt sein, der als erster konsultiert wird. In der Stadt dagegen werden die Patienten die an Zahl immer mehr zunehmenden Spezialärzte aufsuchen.

Die histologischen Untersuchungen der Biopsien wurden ohne speziellen Vermerk an der Pathologisch-Anatomischen Anstalt der Universität Basel (Prof. Dr. A. Werthemann) ausgeführt.

1. Karzinome der Nasennebenhöhlen

Wie aus der Tabelle auf Seite 9 hervorgeht, sind die Karzinome der Nasennebenhöhlen neben den Epi- und Mesopharynxkrebsen zahlenmässig am schwächsten vertreten. Mit dieser einen Feststellung kann gleichzeitig auch die andere erwähnt werden, dass von den 7 Fällen unseres Krankengutes 6 Karzinome die Kieferhöhlen oder das Siebbein und nur einmal die Stirnhöhle betreffen. Die Literatur gibt über diese eigenartige Verteilung keinen Aufschluss.

Auffallend ist dagegen wieder, dass im Zeitraum 1946 bis 1955 keine weiblichen Patienten zur Behandlung gekommen sind.

Das Durchschnittsalter beträgt 58 Jahre, wobei der jüngste Patient 44 Jahre und der älteste 70 Jahre zählen. Eine bevorzugte Altersklasse kann nicht festgestellt werden, ausser man möchte diejenigen zwischen 61 und 70 Jahren mit 3 Patienten gegenüber 41 bis 50 und 51 bis 60 mit je 2 Kranken als solche bezeichnen. Sicher erscheint jedoch, dass die Nasennebenhöhlenkrebse nicht Männer in jüngeren Jahren befallen.

Auch im histologischen Bild ist die Verteilung recht einfach und fast gleichmässig:

Verhornendes Plattenepithelkarzinom	3mal
Anaplastisches Karzinom	2mal
Adeno-Karzinom	2mal

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?

Wenn wir einen Fall (JN. 586/52), der Patient wartete rund 4 Jahre, bis er einen Arzt konsultierte, bewusst weglassen, dann beträgt die Anamnese im Durchschnitt 25,5 Wochen. 15,6 Wochen verstreichen, bis der Arzt konsultiert wird. Diese relativ lange Zeit kann nur durch den Umstand erklärt werden, dass die Patienten immer wieder glauben, an einem „chronischen Schnupfen" zu leiden, der „mit der Zeit schon bessern resp. heilen wird", ohne dass man deswegen einen Arzt sofort konsultieren müsste. Bei der Betrachtung der therapeutischen Ergebnisse stellt man fest, dass sich dieses Verhalten nicht einmal so sehr rächt, indem alle Patienten operabel wären. Bei einem dementen und in einer Heil- und Pflegeanstalt internierten Mann wird auf die Operation verzichtet und die Strahlenbehandlung mit gutem Resultat durchgeführt.

Halsdrüsen-Metastasen sind nur in einem Fall beobachtet und operativ entfernt worden.

Das Symptomenbild ist einfach und unkompliziert. Die Patienten leiden in der Regel an chronischer Verstopfung der Nase. Das Sekret ist vorerst meist wässrig, klar, bevor es eitrig-blutig wird. Leider bemerken

die Kranken aber selten, dass der chronische Schnupfen nur *eine* Nasenseite befällt, im Gegensatz zur katarrhalischen Rhinitis. Nicht zu verstehen ist es, wenn die Leute den Arzt nicht aufsuchen im Moment, da es häufig und anscheinend grundlos aus der Nase zu bluten beginnt. Schmerzen, mit Ausnahme eines gewissen Druckgefühls, wie es beim „chronischen Schnupfen" vorzukommen pflegt, werden nicht geäussert.

2. *Welcher Arzt wird aufgesucht?*

Es ist zu erwarten, dass der Spezialarzt für Nase, Hals und Ohren dem Praktiker vorgezogen wird. Diese Vermutung trifft denn auch zu. Von unseren 7 Patienten wählen 4 einen ORL-Spezialisten als erstbehandelnden Arzt, der diagnostisch keinerlei Schwierigkeiten hat. Ein Anstaltsarzt überweist seinen Zögling direkt an den Spezialisten. Die zwei Praktiker versagen hier, indem sie ihre Patienten über Wochen und Monate mit Nasentropfen behandeln und die Lungen wegen „blutigen Sputums" kontrollieren.

Die Vermutungsdiagnose der Spezialärzte wird nach der Biopsie durch die histologische Untersuchung in allen Fällen bestätigt.

3. *Wieviel Zeit verstreicht bis zur richtigen Diagnose?*

Nach unseren eigenen Fällen wird eine Durchschnittszeit von 9,8 Wochen vom ersten Arztbesuch bis zur Diagnosestellung errechnet. Diese Zeitspanne erscheint mit Recht unwahrscheinlich lang. Die Verfälschung kommt durch das Verhalten der beiden Praktiker, in einem Falle sind es deren zwei, denen sich der Patient über Monate anvertraut hat, zustande. Scheiden wir die beiden Fälle aber aus und errechnen den Durchschnitt der 4 Spezialisten, dann erhalten wir die wohl kürzeste Zeit von 1,5 Wochen, in der es einem Arzt möglich ist, einen Fall diagnostisch exakt abzuklären.

Diese letztere Tatsache bedarf keines weiteren Kommentars mehr. Patienten mit chronischen Erkrankungen der oberen Luftwege, besonders der Nase, gehören in die Hände des Spezialarztes.

4. Wer stellt die Diagnose?

Die richtige Diagnose wird in allen 7 Fällen von den Spezialärzten (6mal praktizierende ORL-Spezialisten, 1mal ORL-Poliklinik) gestellt. Ohne Biopsie ist es zwar auch dem Spezialisten häufig nicht möglich, die definitive Diagnose prima vista zu stellen. Die Entnahme von Gewebe zur histologischen Untersuchung muss ihm aber allein überlassen bleiben. Hinzu kommt noch eine exakte Untersuchungstechnik, die nur den ORL-Spezialisten eigen ist.

Die Behandlung des Primärtumors ist klar entwickelt. Ohne Gegenindikation wird die Totalexstirpation ausgeführt. Eine Radiumeinlage vervollständigt meist die Therapie. Den inoperablen Patienten bleibt die Strahlenbehandlung vorbehalten.

2. Karzinome der Zunge und des Mundbodens

Zur Frage der Alters- und Geschlechtsverteilung stellen wir fest, dass von 27 Fällen 22 männliche und 5 weibliche Patienten behandelt worden sind.

Die am häufigsten befallene Altersklasse ist diejenige zwischen 60 und 70 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt, wobei der jüngste Patient mit 46 und der älteste mit 81 Jahren in der Tabelle figurieren, 62 Jahre. Diese Tatsache zeigt, dass das Zungen- und Mundbodenkarzinom vornehmlich eine Erkrankung jenseits des 60. Altersjahres ist. Histologisch handelt es sich um:

Reine Plattenepithelkarzinome	13mal
Verhornende Plattenepithelkarzinome	11mal
Basalzellkarzinome	2mal
Anepidermoide Karzinome	1mal

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?

Da sich das Zungen- und Mundbodenkarzinom durch ein langsames Wachstum auszeichnet, wartet der Patient lange, bis er sich zum Arzt

begibt. Nach unserem Krankengut beträgt die Anamnese im Durchschnitt 25,7 Wochen. Die Zeit, die verstreicht, bis der Patient den Arzt konsultiert, wird mit 16,4 Wochen errechnet.

Diese Tatsache stimmt auch mit den Behandlungsmöglichkeiten überein, indem der Primärtumor in 27 Fällen 6mal operabel und 21mal inoperabel war.

Von den 8 Patienten mit lokalen Metastasen sind 3 operiert worden.

Da die Beschwerden beim Zungen- und Mundbodenkarzinom anfänglich nur störend sind, sucht der Patient den Arzt nach unseren Erfahrungen zu spät auf. Die Zeit, die mit Abwarten oder auch häufig mit der Behandlung durch Hausmittel nutzlos verstreicht, schwankt zwischen 3 Wochen und 2½ Jahren, wobei die Frühfälle zahlenmässig in der Minderheit sind.

Das Symptomenbild des Zungen- und Mundbodenkrebses ist einfach und unkompliziert. Je nach der Lokalisation handelt es sich vorwiegend um Beschwerden beim Reden oder Schlucken. Vielfach wird auch ein kratzender oder brennender Schmerz angegeben. Bereits ein linsengrosser Epitheldefekt als Zeichen des beginnenden Karzinoms kann die oben beschriebenen Beschwerden verursachen. Bei der Grössenzunahme nehmen sie entsprechend an Intensität zu. Das Grösserwerden des Geschwüres selbst sowie die zunehmende Verhärtung sind dann Grund genug, um ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Träger von defekten Prothesen sowie Patienten mit kariösem Gebiss glauben immer wieder, dass es sich lediglich um eine chronische, mechanische Schädigung der Mundschleimhaut oder des Zungenepithels handelt.

2. Welcher Arzt wird aufgesucht?

Beim Zungen- und Mundbodenkarzinom ergibt sich folgende Verteilung:

Allgemeinpraktiker	17mal
ORL-Spezialist	4mal
ORL-Poliklinik und Klinik	6mal

Die 17 Patienten wurden von den Praktikern an folgende Ärzte zur Abklärung zugewiesen:

ORL-Spezialist	5mal
ORL-Poliklinik	10mal
ORL-Klinik	2mal

Diese Verhältniszahlen zeigen eindeutig, dass dem praktischen Arzt häufig die Aufgabe der „Triage" zukommt. Wenn er dann seine Aufgabe noch gewissenhaft ausführt, dann hat er zur Lösung unseres Problems sehr viel beigetragen.

3. Wieviel Zeit verstreicht bis zur richtigen Diagnose?

Die Zeit, die von den ersten feststellbaren Symptomen bis zur Diagnose und damit zum Einsetzen der zielgerichteten Behandlung vergeht, ist nach den Literaturangaben nie richtig ermittelt worden.

Bei den eigenen Fällen ist durchschnittlich nach 19,2 Wochen die richtige Diagnose gestellt worden, d. h. es vergehen also noch weitere 2,8 Wochen seit dem ersten Arztbesuch. Diese Zeit lässt sich nach den gemachten anamnestischen Angaben der Patienten errechnen. In Wirklichkeit dürfte sie aber eher noch länger sein, da sich die meisten Patienten über den Zeitpunkt des Krankheitsbeginns insofern täuschen, als wenig unangenehme und vor allem allmählich einsetzende Symptome in der Erinnerung nicht leicht zurückbehalten werden können.

4. Wer stellt die Diagnose?

Unsere 27 Fälle ergeben folgende Verteilung:

Allgemeinpraktiker	2mal
ORL-Spezialist	9mal
ORL-Poliklinik	14mal
ORL-Klinik	2mal

Neben der Inspektion kommt als diagnostisches Hilfsmittel die bimanuelle Untersuchung in Frage, wie sie von Post gefordert wird. Differentialdiagnostisch können hier Lipome, Fibrome, Endotheliome, Tuberkulose und Aktinomykose in Erwägung gezogen werden. Auch an eine Zungenstruma sollte gelegentlich gedacht werden.

Die Behandlung des Primärtumors ist heute klar entwickelt. Bei klinisch eindeutiger Operabilität wird die Totalexstirpation ausgeführt. Fälle an der Grenze der Operationsfähigkeit werden meist kombiniert, d. h. mit Tumorexcision und Bestrahlung behandelt. Als Palliativbehandlung kommt lediglich die letztere in Frage.

3. Karzinome der übrigen Mundhöhle

Diese umfassen diejenigen bösartigen Geschwülste, die neben Zunge und Mundboden streng auf die Mundhöhle lokalisiert sind. Die 22 Fälle verteilen sich wie folgt:

Mundhöhle	3mal
Harter Gaumen	2mal
Weicher Gaumen	7mal
Uvula	1mal
Gaumenbögen	5mal
Unter- und Oberkiefer	4mal

Bei den 22 Patienten sind die Männer mit 19 und die Frauen mit 3 Fällen vertreten. Der älteste behandelte Kranke zählt 82 und der jüngste 48 Jahre.

Ein bevorzugtes Alter lässt sich bei dieser Art Karzinom aus unserem Krankengut nicht bestimmen, da die Altersklassen 51 bis 60, 61 bis 70 und 71 bis 80 mit je 10 Patienten gleichmässig vertreten sind. Unter dem 50. Altersjahr sind lediglich zwei Männer behandelt worden.

Histologisch handelt es sich bei dieser Geschwulstform ausschliesslich, der Auskleidung des oberen Verdauungstraktes entsprechend, um Plattenepithelkrebse, ohne besondere Differenzierung.

12 Plattenepithelkarzinome stehen 5 leicht verhornenden und 4 verhornenden Krebsen sowie einem mitosenreichen Karzinom gegenüber.

Lokale Metastasen können in 3 Fällen nachgewiesen werden, von denen keiner operabel ist, während doch beim Primärtumor von 22 Patienten 12 operabel sind.

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?

Je nach der Symptomatologie, vielleicht präziser ausgedrückt, je nach der Schmerzintensität, begibt sich der Patient früher oder später in ärztliche Behandlung.

Das Symptomenbild ist vielseitig. Es kann hier nicht von Kardinalsymptomen gesprochen werden. Häufig ist es nur der lokale Schmerz des Tumors, der den Patienten veranlasst, den Arzt zu konsultieren. Tabellarisch verteilen sich die hauptsächlichsten Symptome wie folgt:

Schluckbeschwerden	7mal
Lokale Schmerzen	7mal
Fremdkörpergefühl	3mal
Schmerzen beim Essen	2mal
Reizhusten	2mal
Blutiger Auswurf	1mal

2. Welcher Arzt wird aufgesucht?

Entsprechend der Lokalisation der Tumoren und deren Beschwerden könnte erwartet werden, dass die ORL-Spezialisten bevorzugt werden. Doch überwiegen eigenartigerweise wiederum die Praktiker, die dann allerdings relativ rasch ihre Patienten dem Facharzt zur Abklärung der Beschwerden zuweisen. Diese gute Zusammenarbeit wirkt sich denn auch zum Wohl der Patienten günstig aus. 22 Patienten haben folgende Ärzte zur erstmaligen Untersuchung konsultiert:

Praktiker	8mal
ORL-Spezialist	7mal
ORL-Poliklinik	6mal
Zahnarzt	1mal

Vom Praktiker werden seine Patienten an folgende Spezialisten verwiesen:

ORL-Poliklinik	4mal
ORL-Spezialist	2mal
ORL-Klinik	1mal
Kieferspezialist	1mal

Man erkennt aus dieser Zusammenstellung deutlich, dass der Wunsch zur raschen Abklärung unbedingt vorhanden ist.

3. Wieviel Zeit verstreicht bis zur richtigen Diagnose?

Wie wir vorgängig erfahren haben, beträgt die Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zum ersten Arztbesuch im Durchschnitt 13,9 Wochen. Die Zeit, die verstreicht, bis die Diagnose gestellt ist, beläuft sich bei unserem Krankengut im Durchschnitt auf 15 Wochen. Es geht somit etwas mehr als eine Woche verloren, bis die Diagnose gestellt ist, verglichen mit andern Krebsformen der oberen Luft- und Speisewege eine ausserordentlich kurze Zeit. Diese kann wohl auf den Umstand zurückgeführt werden, dass die Veränderungen in der Mundhöhle ohne besondere instrumentelle Einrichtung oder spezielle Untersuchungsmethoden richtig gedeutet werden können. Irgendwie scheint man hier auch eher an ein Karzinom zu denken als bei anderen Lokalisationen.

Es darf hier schon festgestellt werden, dass bei den Karzinomen der Mundhöhle die geringste Zeit verlorengeht, bis die Diagnose gestellt ist.

4. Wer stellt die Diagnose?

Dass hier die Spezialisten in diagnostischen Belangen den praktischen Ärzten überlegen sind, dementsprechend zahlenmässig auch viel stärker vertreten sind, verwundert nicht und schmälert auch die Verdienste der letzteren nicht. Die richtige Diagnose wird denn meist von den ORL-Spezialisten mittels Biopsie gestellt, und diese soll von der Hand der

Geübten ausgeführt werden. Unser Krankengut ergibt folgende Verteilung:

Praktiker	1mal
ORL-Poliklinik	9mal
ORL-Klinik	3mal
ORL-Spezialist	8mal
Kieferspezialist	1mal

4. Tonsillenkarzinome

In den zehn Jahren kamen an der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik des Bürgerspitals Basel 23 Fälle von Tonsillenkarzinom zur Beobachtung. Sie verteilen sich auf 20 männliche und 3 weibliche Patienten. Von einem bevorzugten Alter kann hier nicht gesprochen werden, da vom 50. bis zum 80. Altersjahr pro Jahrzehnt gleich viele Patienten behandelt wurden. Immerhin kann die Tatsache erwähnt werden, dass der jüngste Kranke 43 und der älteste 85 Jahre alt waren.

Die Diagnostik ist hier nicht immer leicht. Doch kann der erstbehandelnde Arzt bei genauer Inspektion der Mundhöhle wenigstens die Verdachtsdiagnose Tonsillenkrebs stellen, was gleichbedeutend ist mit der Überweisung an den Spezialisten oder in die Klinik resp. Poliklinik. Eine einseitig vergrösserte Tonsille, meist mit einer unregelmässigen Oberfläche und „geschwürig" verändert, muss an einen pathologischen Befund denken lassen. Die genaue Diagnose ergibt wiederum Biopsie, deren histologische Resultate ich hier zusammengestellt habe:

Reine Plattenepithelkarzinome	7mal
Z. T. verhornende, leicht verhornende und verhornende Plattenepithelkarzinome	10mal
Primitive, anepidermoide, anaplastische und undifferenzierte Karzinome	6mal

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die häufigsten Symptome?

Die genaue Lokalisation des Karzinoms sowie die eng umschriebene Schmerzlokalisation bedingen, dass die Anamnese hier kürzer ist. Sie

beträgt beim Tonsillenkarzinom 19,6 Wochen und die Zeit, bis der Arzt konsultiert wird, im Durchschnitt 10,1 Wochen. Als hauptsächlichste Symptome werden von den Patienten angegeben:

Schmerzhafte Schluckbeschwerden	12mal
Fremdkörpergefühl	6mal
Brennen im Rachen	1mal
Schwellung des Halses und in die Ohren ausstrahlende Schmerzen	4mal

2. *Welcher Arzt wird aufgesucht?*

Es fällt auf, dass entsprechend der Schmerzlokalisation die Erwartung, die Spezialärzte würden hier vermehrt zugezogen, nicht zutrifft. Die statistische Auswertung ergibt folgendes Bild:

Praktiker	11mal
ORL-Spezialist	5mal
ORL-Poliklinik	6mal
Medizinische Klinik	1mal

Die 11 Patienten sind vom Praktiker an folgende Ärzte resp. Kliniken zur Abklärung überwiesen worden:

ORL-Spezialist	2mal
ORL-Poliklinik	8mal
ORL-Klinik	1mal

Diese Aufstellung zeigt, dass sich hier Allgemeinpraktiker und Spezialist die Waage halten. In den mehr ländlichen Gegenden wird der Praktiker vermehrt aufgesucht, da er als Hausarzt der Betreuer der Familien ist. Im Gegensatz dazu wird der Städter den Spezialarzt vorziehen. Dieses Verhalten hat den Vorteil, dass letzterer rasch die Biopsie ausführen kann und deshalb nach wenigen Tagen bereits die sichere histologische Diagnose in Händen hat. Damit kann der Patient der einzig richtigen Behandlung zugewiesen werden, ohne wertvolle Zeit zu verlieren.

3. Wieviel Zeit verstreicht, bis die richtige Diagnose gestellt wird?

Wir halten fest, dass die Anamnese durchschnittlich 19,6 Wochen dauert. Weitere 10,1 Wochen verstreichen, bis der Arzt konsultiert wird. So müssen wir die Zeit von 17 Wochen, bis die Diagnose gesichert ist, als eigentlich lang bezeichnen.

Aus unserem Krankengut geht deutlich hervor, dass beim Tonsillenkarzinom vor allem beim praktischen Arzt wertvolle Zeit verlorengeht, die nicht unbedingt ihm anzurechnen ist, sondern oftmals mit der Überweisung an den Spezialisten zusammenhängt. Der Patient kann sich häufig nicht entschliessen oder dann nur langsam, dem wohlgemeinten ärztlichen Rat Folge zu leisten, oder er hat nach der ersten Untersuchung eine gewisse Aversion gegen den Arzt und seine Entscheide. Dieses Verhalten ist heute noch beim ländlichen Patienten immer wieder zu beobachten, mit dem Resultat, dass er nicht mehr operiert werden kann.

4. Wer stellt die richtige Diagnose?

Die Diagnose wird von folgenden Ärzten gestellt:

ORL-Spezialist	7mal
ORL-Poliklinik	15mal
ORL-Klinik	1mal

Im Gegensatz zum Zungen- und Mundbodenkarzinom sind es ausschliesslich die Spezialisten, denen es vorbehalten ist, die richtige Diagnose zu stellen. Der Praktiker wird sich im allgemeinen nicht getrauen, selbst eine Biopsie vorzunehmen, wenn er nicht spezialistisch ausgebildet und entsprechend instrumentell ausgerüstet ist.

Von den 23 Fällen konnte 14mal der Primärtumor operativ entfernt werden, 9 Patienten waren inoperabel.

Lokale Metastasen sind 11mal chirurgisch entfernt worden.

5. Rachenkarzinome

I. Epipharynxkarzinom

Das Karzinom des Epipharynx ist eine relativ seltene Form bösartiger Geschwülste. In den 10 Jahren kamen lediglich 4 Fälle zur klinischen Beobachtung und Behandlung, davon 3 Männer und 1 Frau. Das Alter des jüngsten Patienten und gleichzeitig der einzigen Frau beträgt 50 Jahre. Der älteste Patient ist 66jährig.

Nach dem kleinen Krankengut muss man den Epipharynxkrebs als eine Erkrankung jenseits des 50. Altersjahres betrachten.

Histologisch handelt es sich um 3 Fälle von reinem Plattenepithelkarzinom und einen Fall von anaplastischem Krebs.

Da der Epipharynx direkt nicht eingesehen werden kann, muss die Rhinoscopia posterior ausgeführt werden, um Veränderungen im oberen Rachenraum feststellen zu können. Die Symptomatologie ist hier vielgestaltig, so dass eine prima vista-Diagnose nur dem geübten Spezialisten möglich ist.

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die häufigsten Symptome?

Die Anamnese muss bei dieser Krebsform als ausserordentlich kurz bezeichnet werden, beträgt sie doch im Durchschnitt nur 4,7 Wochen. Diese kurze Zeitspanne kann nur damit erklärt werden, dass die Patienten oft von starken Schmerzen geplagt werden, die sie veranlassen, bald einmal einen Arzt aufzusuchen.

Vor allem sind es einseitige Ohrschmerzen oder Schmerzen einer Gesichtshälfte, anfallsweise auftretend und in der Stirn- und Schläfenseite ausstrahlend. Autophonie wird ebenfalls beobachtet. Goody betont, dass der Primärtumor beim ersten Auftreten der Symptome noch sehr klein und noch schwer zu finden sein kann. Bei Kopfschmerzen unerklärter Ursache müsse immer der Epipharynx genau untersucht werden. Cawthorne rät deshalb sogar zur Naso-Pharyngoskopie in Narkose.

2. Welcher Arzt wird aufgesucht?

Das vorliegende Krankengut ist zu klein, um exakte Schlüsse daraus ziehen zu können. Es fällt aber auf, dass die Schmerzen die Patienten in 3 von 4 Fällen veranlassten, gleich von Anfang an den Spezialarzt zu konsultieren. Auch der praktische Arzt schickt seinen Patienten in die otologische Poliklinik zur Abklärung der Beschwerden. Somit bleibt es den Otologen vorbehalten, die genaue Diagnose zu stellen. Zusammenfassend stellen wir fest, dass die Kranken folgende Ärzte konsultiert haben:

Praktischer Arzt	1mal
ORL-Spezialist	2mal
ORL-Poliklinik	1mal

3. Wieviel Zeit verstreicht, bis die richtige Diagnose gestellt wird?

Wir haben bereits erfahren, dass die Zeit, bis der Arzt konsultiert wird, durchschnittlich 4,7 Wochen beträgt. Die Zeit von weiteren 3,3 Wochen bis zur Diagnosestellung könnte einem als zu lange erscheinen, wenn wir berücksichtigen, dass 3 Patienten direkt an den Spezialisten gelangt sind. Alle Umstände, wie Intervall von einer Konsultation zur anderen, Zeit für Gewebsuntersuchung einbezogen, lassen uns mit Befriedigung feststellen, dass das Epipharynxkarzinom doch rasch diagnostiziert wird, somit auch der Behandlung zugeführt wird.

4. Wer stellt die richtige Diagnose?

Wie eingangs erwähnt, haben sich 3 von 4 Patienten gleich von Anfang an an den Spezialarzt zur Untersuchung gewandt. Die richtige Diagnose ist in allen 4 Fällen von ihnen gestellt worden. Eine statistische Zusammenstellung erübrigt sich hier.

II. Mesopharynxkarzinom

Ebenso wie das Epipharynxkarzinom ist der Mesopharynxkrebs eine nur wenig auftretende Form, wie sich dies statistisch nachweisen lässt. Von 1946 bis 1955 sind lediglich 6 Patienten deswegen in der Klinik hospitalisiert worden, nämlich 3 Frauen und 3 Männer. Dem Alter nach finden wir die ersten 3 Patienten zwischen dem 61. und 70. und die übrigen 3 zwischen dem 71. und 80. Jahr. Der „jüngste" Kranke, eine Frau, ist 63 und der älteste 77 Jahre alt.

Wir machen diesbezüglich die gleiche Feststellung wie beim Epipharynxkarzinom, indem diese Krebsform ebenfalls erst nach dem 60. Altersjahr auftritt.

Auch bei der histologischen Untersuchung finden sich keine wesentlichen Unterschiede:

Reine Plattenepithelkarzinome	2mal
Verhornende Plattenepithelkarzinome	2mal
Anaplastische Karzinome	1mal
Basalzellkarzinome	1mal

1. *Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?*

Es verwundert, dass hier gegenüber dem Epipharynxkarzinom die Anamnese fast 4mal länger ist, beträgt doch die Zeit bis zum ersten Arztbesuch nach unserer Berechnung 17,4 Wochen. Die hauptsächlichsten Symptome sind:

Hartnäckige Schluckbeschwerden und Fremdkörpergefühl	5mal
Heiserkeit	1mal

Die Schmerzintensität und die Kontinuität lassen den Patienten zu lange zu Hause. Die Dauer ist deshalb so lange, weil es sich nicht um eigentliche Schmerzen, sondern um Beschwerden handelt.

2. *Welcher Arzt wird aufgesucht?*

Von den 6 Patienten haben 2 einen praktischen Arzt aufgesucht, die sie ihrerseits zur genauen Abklärung der Beschwerden an die otologische Poliklinik zu- resp. otologische Klinik eingewiesen haben. 2 weitere Kranke konsultierten den ORL-Spezialisten, während die restlichen 2 sich direkt in der Poliklinik untersuchen liessen.

Diese Verteilung zeigt wiederum die Tatsache, dass die Patienten die Situation richtig beurteilen und den Beschwerden entsprechend dem Spezialisten den Vorzug geben, was auch durchaus richtig ist.

3. *Wieviel Zeit verstreicht, bis die richtige Diagnose gestellt wird?*

Die Tatsache, dass zwei Drittel der Patienten den direkten Weg zum Spezialisten beschritten haben, zudem die beiden praktischen Ärzte ihre beiden Kranken ebenfalls haben spezialärztlich untersuchen lassen, hat zur Folge, dass die Diagnose innert kürzester Zeit, d. h. in unseren Fällen innerhalb einer einzigen Woche gestellt werden konnte. Eine kürzere Zeit ist wohl kaum zu erwarten. Da der anatomisch eng begrenzte Raum des Mesopharynx bei guter Untersuchungstechnik mit Leichtigkeit eingesehen werden kann, ist es nicht verwunderlich, wenn die Diagnose so rasch gestellt wird.

4. *Wer stellt die richtige Diagnose?*

Wie vorgängig erwähnt, sind alle 6 Personen von Spezialisten untersucht worden. Diese haben die Diagnose denn auch rasch und richtig gestellt.

Von den 6 Fällen mit Mesopharynxkarzinom sind die Hälfte operabel. Von den Patienten mit lokalen Metastasen, im ganzen 4, haben alle mit Erfolg operiert werden können.

III. Hypopharynxkarzinom

Der Hypopharynxkrebs ist weitaus das häufigste Rachenkarzinom. Unser Krankengut kann über 78 Fälle im Verlauf von 10 Jahren berichten. Das weibliche Geschlecht ist dabei lediglich mit 2 gegenüber 76 männlichen Patienten vertreten.

Dieses Karzinom hat auch die grösste „Altersamplitude", indem der jüngste Patient 29 und der älteste 85 Jahre zählen. Das 6. Jahrzehnt ist zahlenmässig mit 35 Kranken am stärksten vertreten. Nicht viel weniger (21 Patienten) betrifft die Altersklasse 50 bis 60 Jahre, während zwischen 70 und 80 Jahren 12 Hospitalisationen statistisch erfasst werden können.

Auch bei den Ergebnissen der histologischen Untersuchungen der Biopsien finden wir zahlreichere Krebsarten, wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht:

Reine Plattenepithelkarzinome	40mal
Leicht verhornende Plattenepithelkarzinome	13mal
Verhornende Plattenepithelkarzinome	16mal
Wenig ausgereifte Plattenepithelkarzinome	3mal
Stark entdifferenzierte Plattenepithelkarzinome	2mal
Anepidermoide Plattenepithelkarzinome	1mal
Basalzellkarzinome	3mal

Während bei den bisher behandelten Krebsen des Rachens lediglich lokale Metastasen aufgetreten sind, können hier erstmals Fernmetastasen festgestellt werden, die sich wie folgt zusammenstellen lassen:

Fernmetastasen total 19	
Lungen	9mal
Leber	4mal
Wirbelsäule	3mal
Clavicula	1mal
Schädel	1mal
Gehirn	1mal

Lokale Metastasen sind in 41 Fällen beschrieben.

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?

Infolge der mannigfaltigen Beschwerden, die in ihrer Intensität und Dauer ebenso verschieden sind, kommen die Patienten schon nach verhältnismässig kurzer Zeit zur Behandlung. Nach unserem Krankengut sind es im Mittel 10,8 Wochen, also etwas mehr als zweieinhalb Monate. Diese Zeit ist um fast 7 Wochen kürzer als beim Mesopharynxkarzinom.

Rechnet man den Durchschnitt bei denjenigen Fällen, deren Anamnese in der Krankengeschichte eingehend und ausführlich aufgenommen ist, so erhöht sie sich um weitere 5,6 Wochen auf 16,4 Wochen, also rund 4 Monate. Zweifellos kann diese Zeit bei genauer Kenntnis des Krankheitsbildes noch wesentlich verkürzt werden.

Um die Vielfalt der Beschwerden, wobei mehrere Symptome gleichzeitig vorhanden sein können, besser wiedergeben zu können, geschieht dies zur Veranschaulichung in der folgenden tabellarischen Form:

Schluckbeschwerden	39mal
Ohrenschmerzen	12mal
Halsschwellung	15mal
Blutiger Auswurf	5mal
Fremdkörpergefühl	8mal
Heiserkeit	16mal
Reizhusten	10mal
Atemnot	4mal

2. Welcher Arzt wird aufgesucht?

Obschon es sich hier fast ausschliesslich um Hals- und Schluckbeschwerden handelt, wird der praktische Arzt bevorzugt. Dieser weist seine Patienten seinerseits wieder an den Spezialisten. Fasst man diese Untersuchungen, die beim Spezialarzt und in der otologischen Poliklinik ausgeführt werden, in einer Gruppe zusammen, dann überwiegen sie stark:

Praktiker	29mal
ORL-Spezialist	27mal
ORL-Poliklinik	20mal
Fabrikarzt	1mal
Sanatorium	1mal

Die Praktiker haben ihre 29 Patienten an folgende Spezialisten gewiesen:

ORL-Spezialist	8mal
ORL-Poliklinik	14mal
ORL-Klinik	6mal
Internist	1mal

3. Wieviel Zeit verstreicht, bis die richtige Diagnose gestellt wird?

Bei den 78 Fällen unseres Krankengutes wird die Diagnose nach 13,6 Wochen gestellt, das sind also 2,8 Wochen nach der ersten ärztlichen Beratung und Untersuchung. Diese Zeit darf als sehr kurz angesprochen werden. Wir stellen also fest, dass beim Hypopharynxkarzinom von ärztlicher Seite keine schwerwiegenden Fehler begangen werden, die die schlechte Prognose erklären können. Der Patient muss frühzeitiger zum Arzt, damit sein Leiden erkannt wird, und die Frühbehandlung eingeleitet und durchgeführt werden kann. Damit werden die Operationsresultate verbessert, die Lebenserwartung erhöht.

4. Wer stellt die richtige Diagnose?

Auch beim Hypopharynxkarzinom dürfen die ORL-Spezialisten das Privileg, die Diagnose gestellt zu haben, für sich in Anspruch nehmen.

Trotz alledem muss erwähnt werden, dass auch zwei praktische Ärzte die Diagnose nach exakter Untersuchung richtig gestellt haben. Diese Tatsache beweist doch, dass es für den allgemein praktischen Arzt nicht unmöglich ist, das Hypopharynxkarzinom selbst zu erkennen. Eine genaue Aufnahme der Anamnese und eine exakte, vor allem technisch einwandfreie Untersuchung sollte dies in Zukunft vermehrt ermöglichen. Hauptsache ist aber, dass er die Patienten rasch weiterleitet.

Tabellarisch zusammengestellt, sieht die bis jetzt vorhandene Überlegenheit der ORL-Spezialisten wie folgt aus:

ORL-Spezialist	34mal
ORL-Poliklinik	37mal
ORL-Klinik	5mal
Praktiker	2mal

Wenn wir die Frage der Operabilität des Primärtumors kurz betrachten, so müssen wir nach den bisherigen Erfahrungen feststellen, wie schlecht diese ist. Von 78 Fällen sind lediglich 17 Patienten operabel, bei 61 Kranken muss der Tumor belassen und konservativ behandelt werden.

Bei den lokalen Metastasen liegen die Verhältnisse etwas besser. Von 41 Fällen sind 14 operabel. Ungefähr die Hälfte der Fälle weist bereits bei der ersten Konsultation Metastasen auf.

6. Larynxkarzinome

I. Karzinome des Larynxeinganges

Bei den Karzinomen des Larynxeinganges tritt erstmals der Fall ein, dass in unserem Krankengut ausschliesslich männliche Patienten erkrankt sind. Zahlenmässig können 23 Fälle erfasst werden.

Da es bei diesem Krebs kein ausgesprochen bevorzugtes Alter gibt, dürfte es ganz instruktiv sein, die Verteilung nach Jahren einmal in einer Tabelle aufzuführen:

41—50 Jahre	4 Fälle
51—60 Jahre	9 Fälle
61—70 Jahre	6 Fälle
71—80 Jahre	4 Fälle

Wir dürfen wissen, dass der jüngste Patient 42 und der älteste 77 Jahre zählt. Die „Amplitude" ist hier also wesentlich kleiner als etwa beim Hypopharynxkarzinom.

Im histologischen Aufbau ist dieser Kehlkopfkrebs weniger differenziert, wie die folgende Aufstellung zeigt:

Reine Plattenepithelkarzinome	13mal
Leicht verhornende Plattenepithelkarzinome	2mal
Verhornende Plattenepithelkarzinome	8mal

Bei 10 lokalen Metastasen treten nur in einem Fall Fernmetastasen in der Lunge auf.

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die häufigsten Symptome?

Bei der Vielfalt der Beschwerden, die den Patienten eigentlich beunruhigen müssten, fällt dennoch die relativ lange Wartezeit auf. Diese beträgt im Mittel 8,3 Wochen. Untersuchen wir die Fälle mit den genauen anamnestischen Angaben in der Krankengeschichte getrennt, so erhöht sich das zeitliche Intervall auf 14,7 Wochen.

Wenn wir unser Krankengut mit demjenigen von Dietzel vergleichen, der die Patienten durchschnittlich erst nach 7 bis 9 Monaten nach Auftreten der ersten Krankheitssymptome in die Klinik eingewiesen erhält, so dürfen wir mit einer gewissen Genugtuung feststellen, dass wir mit der Früherkennung weiter fortgeschritten sind. Dietzel selbst und Vasallo de Mumbert fordern dringend eine allgemeine Aufklärung und bessere und exaktere Untersuchungsmethoden.

Wie schon vorerwähnt, ist das Symptomenbild vielfältig, wie dies nachstehende Zusammenstellung zeigt:

Heiserkeit	16mal
Schluckbeschwerden	8mal
Atemnot	4mal
Fremdkörpergefühl	4mal
Chronischer Reizhusten	2mal
Trockenheitsgefühl	1mal
Speichelfluss	1mal
Halsdrüsenschwellung	5mal

2. Welcher Arzt wird konsultiert?

Nach der Häufigkeit der dysphonischen und dysphagischen Beschwerden zu schliessen, ist man geneigt anzunehmen, dass der ORL-Spezialist die Patienten häufiger erstmals in der Sprechstunde untersuche als der Praktiker. Dieser wird aber, nach unserer Statistik, als erstkonsultierter Arzt häufiger besucht, auch wenn der Vorsprung zahlenmässig nur gering ist.

Praktiker	10mal
ORL-Spezialist	8mal
ORL-Poliklinik	5mal

Die Praktiker selbst weisen ihre Patienten zur spezialärztlichen Untersuchung an folgende Ärzte:

ORL-Spezialist	2mal
ORL-Poliklinik	6mal
ORL-Klinik	2mal

Wir sehen hier, dass die Poliklinik, wie auch schon in den vorangegangenen Abschnitten festzustellen ist, zur Abklärung scheinbar bevorzugt wird.

3. Wieviel Zeit verstreicht, bis die Diagnose gestellt wird?

Bei unseren Fällen wird durchschnittlich nach 12,7 Wochen die richtige Diagnose gestellt. Es vergehen also noch weitere 4,3 Wochen, bis die Diagnose gestellt ist und der Patient der entsprechenden Behandlung zugeführt werden kann. Auch hier kann nicht von einer verzögerten Diagnosestellung gesprochen werden, müssen doch die Patienten selbst für diesen Zeitverlust verantwortlich gemacht werden.

4. Wer stellt die richtige Diagnose?

Die richtige Diagnosestellung ist auch beim Krebs des Larynxeinganges fast ausschliesslich den Spezialärzten vorbehalten. Der praktische Arzt, der heute mit seiner vielseitigen Praxistätigkeit und den zahlreichen Hausbesuchen sich ohnehin in chronischer Zeitnot befindet, wird es vorziehen, nach sorgfältig aufgenommener Anamnese, den Patienten dem Spezialisten oder der Poliklinik zuzuweisen, als selbst die oft zeitraubende Untersuchung vorzunehmen.

Von den 23 Fällen mit Karzinomen des Larynxeinganges sind 11 Patienten operabel gewesen, 12 inoperabel.

Von 10 lokalen Metastasen waren 4 operabel.

II. Karzinome des Larynxinneren

Die Zahl der Fälle von Karzinomen des Larynxinneren, die in den Jahren 1946 bis 1955 zur klinischen Beobachtung gekommen sind, ist ungefähr doppelt so gross wie diejenige der Kehlkopfeingangkrebse. Sie beträgt 43, wobei weibliche Patienten bei der Geschlechtsverteilung wiederum fehlen. Dagegen kann bei der Altersverteilung von einer gewissen Bevorzugung der Altersklassen 51 bis 60 mit 18 und 61 bis 70 mit 13 Fällen gesprochen werden, da die vorangegangenen wie die nachfolgenden Dezennien zahlenmässig deutlich abfallen.

Die Tatsache, dass der jüngste Patient 44 und der älteste 85 Jahre zählt, hat zur Folge, dass die Altersamplitude beträchtlich grösser ist. 18 Fälle in der Altersklasse 51 bis 60 zeigen doch, dass hier wieder mehr „jüngere" Patienten erkranken.

Die Larynxeingangs- und inneren Karzinome unterscheiden sich im histologischen Aufbau insofern voneinander, als bei den letzteren die Verhornung ungleich mehr vorkommt:

Plattenepithelkarzinome	24mal
Verhornende Plattenepithelkarzinome	17mal
Primitive Plattenepithelkarzinome	1mal
Atypische Plattenepithelkarzinome	1mal

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?

Wir haben vernommen, dass der Patient bei den Larynxeingangskarzinomen nach 8,3 Wochen zum Arzt geht, weil er richtige Beschwerden (Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl, Atemnot) hat.

Bei den Krebsen des Larynxinneren wartet dagegen der Kranke 25 Wochen mit dem ersten Arztbesuch, also eine auffallend lange Zeit. Heiserkeit und Husten, die hauptsächlichsten Beschwerden dieser Krebsform, werden von den medizinischen Laien häufig als banale Erkrankung angesehen, die „schon wieder bessern, wenn man etwas Geduld hat". Wer von uns ist nicht schon heiser gewesen und hat gehustet?

Wenn sie aber nach Anwendung von Hausmitteln nicht bessern, denkt er doch an eine ernsthaftere Erkrankung und konsultiert den Arzt.

Mitentscheidend für den späten Arztbesuch dürfte auch die Tatsache sein, dass die Heiserkeit im besonderen meist langsam auftritt. Ich habe mir die Mühe genommen, die Anamnesen der Krankengeschichten diesbezüglich genauer durchzusehen. In 18 Fällen finden sich exakte Angaben. 12 Patienten geben an, dass die Heiserkeit langsam und bei 6 rasch aufgetreten sei.

Die hauptsächlichsten Beschwerden sollen hier ihrer Häufigkeit nach angegeben werden:

Heiserkeit	42mal
Husten	6mal
Halsschmerzen	5mal

Gerade bei den Kehlkopfkrebsen kommen meist mehrere Symptome gleichzeitig vor. Es ist in diesem Zusammenhang nicht uninteressant, das symptomatische Bild des Larynxkarzinoms, wie es Justo M. Alfonso zusammengestellt, hier wiederzugeben. Er unterscheidet 5 Typen:

1. Veränderliche, aber ständige Dysphonie bei gutem Allgemeinzustand. Charakter des Glottiskarzinoms.
2. Dysphagische Störungen, lokale Schmerzen und Reflexe im Ohr, fötider Mundgeruch, frühzeitig schlechtes Allgemeinbefinden. Charakter des Kehlkopfrandkarzinoms.
3. Anfangssymptome gering: Adenopathie, Ohrschmerz, Odinophagie und Schluckbeschwerden. Charakter des Karzinoms der Epiglottis und aryepiglottischen Falten.
4. Erste Symptome spärlich. Leichte Schmerzen in der Gegend des Zungenbeines, eine chronische Tonsillitis vortäuschend. Vestibulär-epiglottisches Karzinom.
5. Paroxystische Erstickungsanfälle, dysphonische Störungen zugleich mit Asphyxie. Charakter des subglottischen Karzinoms.

Wir sehen also, dass die Dysphonie im Vordergrund der Beschwerden steht, während die dysphagischen Störungen an zweiter Stelle kommen. Auch in unserem Krankengut stehen diese beiden Symptome an erster Stelle.

Obwohl die Patienten eigentlich recht spät zum Arzt kommen, wobei die Diagnose meist noch nicht gestellt ist, sind die Behandlungsresultate gut. 38 Patienten von 43 können der chirurgischen Behandlung zugeführt werden.

In 6 von 7 Fällen lassen sich die regionären Metastasen operativ entfernen.

2. Welcher Arzt wird aufgesucht?

Immer wieder stellen wir fest, dass es der praktische Arzt ist, der zahlenmässig am häufigsten von den Patienten zuerst konsultiert wird. Je nach dem Stand der Ausbildung kann er bei der Früherkennung und Früherfassung tatkräftig mithelfen.

Auch bei den Karzinomen des Larynxinneren steht der Praktiker mit 25 Fällen gegenüber 18 der Spezialisten an vorderster Stelle. 13 Patienten suchen den Spezialarzt in der Praxis auf, während 5 sich in der ORL-Poliklinik untersuchen lassen.

Die vom Praktiker untersuchten Kranken werden zur Abklärung an folgende Spezialisten gewiesen:

ORL-Spezialist	11mal
ORL-Poliklinik	12mal
ORL-Klinik	2mal

Der frei praktizierende Ohren-, Nasen- und Halsspezialist wird den entsprechenden Instituten deutlich vorgezogen. Worauf diese Erscheinung zurückzuführen ist, ist nicht zu erklären.

3. Wieviel Zeit verstreicht bis zur richtigen Diagnose?

Wir wissen, dass die Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten Untersuchung durch einen Arzt 25 Wochen beträgt. Es vergehen weitere 9 Wochen, also insgesamt 34 Wochen, bis die richtige Diagnose gestellt ist. Diese Feststellung ist interessant und eigentümlich zugleich, wenn man bedenkt, dass die beiden Kardinalsymptome, Heiserkeit und Husten, an Intensität zunehmen und auf jegliche Hausmittel therapieresistent sind. Deshalb muss gerade beim Krebs des Larynxinneren die Aufklärung intensiviert werden.

4. Wer stellt die richtige Diagnose?

Je weiter distal des Mesopharynx ein Karzinom der Luft- und oberen Speisewege lokalisiert ist, desto mehr ist es Sache des Spezialisten, die richtige Diagnose zu stellen. Die entsprechende instrumentelle Ausrüstung, die richtige Untersuchungstechnik und die klinische Erfahrung lassen den Spezialarzt ohne grosse Schwierigkeiten das Leiden erkennen. Dementsprechend finden wir in unserem Krankengut auch keinen praktischen Arzt, der bei seinen Patienten mit Sicherheit den Tumor diagnostiziert hat. Die Diagnose haben gestellt:

ORL-Spezialist	24mal
ORL-Poliklinik	17mal
ORL-Klinik	2mal

Trotzdem sind die Behandlungsresultate gut. 38 von 43 Patienten sind mit Erfolg operiert worden, 5 waren inoperabel. Auch die regionären Metastasen liessen sich in 6 von 7 Fällen operativ entfernen.

7. Karzinome des Oesophagus

Der Speiseröhrenkrebs ist zahlenmässig in den Jahren 1946 bis 1955 stark vertreten. 50 Patienten, wovon 48 Männer und 2 Frauen, sind in dieser Zeit in die Klinik eingetreten. 2 Männer im Alter von 80 Jahren und einer mit 45 Jahren als jüngster sind behandelt worden.

Nach unserem Krankengut muss das 6. Dezennium als das kritische Alter mit gehäuftem Vorkommen von Oesophaguskarzinomen bezeichnet werden. Das 5. wie das 7. Jahrzehnt fallen zahlenmässig, 12 resp. 13 Fälle, deutlich ab.

Im histologischen Bild handelt es sich entsprechend der Schleimhautauskleidung der Speiseröhre um Plattenepithelkrebse, die die verschiedensten Reifestadien aufweisen. Vor allem ist das gehäufte Vorkommen von Verhornung festzustellen:

Plattenepithelkarzinome	32mal
Verhornende Plattenepithelkarzinome	13mal
Unreife Plattenepithelkarzinome	2mal
Anepidermoide Plattenepithelkarzinome	1mal
Mitosereiche Plattenepithelkarzinome	1mal
Basalzellkarzinome	1mal

Wie beim Tonsillen-, Hypopharynx- und inneren Larynxkarzinom kommen hier wiederum Fernmetastasen (Lunge 4mal, Leber 1mal) vor. Dagegen fehlen lokale Tochtergeschwülste.

Das bösartige Oesophaguskarzinom hat heute noch eine schlechte Prognose (E. F. Parker). Eine Aussicht auf Verbesserung der Heilungsziffer besteht nur, wenn es gelingt, die Diagnose frühzeitig resp. frühzeitiger zu stellen.

Bei der Analyse schwerer Fälle stellt Parker fest, dass der Speiseröhrenkrebs dann nicht rechtzeitig erkannt wird, wenn das Kardinalsymptom, die Schluckstörung, fehlt.

Es ist kaum notwendig, zu erwähnen, dass bei Verdacht auf ein Oesophaguskarzinom die Röntgenuntersuchung durchgeführt wird. Bei Schluckstörungen und negativem Röntgenbefund muss unbedingt gefordert werden, die Endoskopie auszuführen (Nissen). Häufigste Fehldiagnosen sind Magenkarzinom, Ulcus ventriculi, Kardiospasmus und Oesophagusvarizen.

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?

Je nach dem Auftreten der für das Oesophaguskarzinom typischen Beschwerden verkürzt sich die Anamnese. Sie beträgt bei unseren Fällen im Durchschnitt 10,5 Wochen. Parker erwähnt, dass er bei 69 Patienten das Leiden innerhalb von 2 Monaten nach Einsetzen der Beschwerden erkannt habe. Diese von uns wie von Parker errechneten und festgestellten Zeiten stimmen praktisch überein. Der Patient geht rascher zum Arzt, eine Feststellung übrigens, die die Erkrankung der Speisewege betrifft, wenn die typischen Beschwerden, hier für den Oesophagus, auftreten. Diese sind in erster Linie Schluck- und Schlingbeschwerden, häufig auch unangenehme Retrosternalschmerzen.

Bei langsamem Tumorwachstum kann sich der Patient vorerst an die leichten Beschwerden gewöhnen. Hat das mechanische Hindernis aber einmal eine entsprechende Ausdehnung erreicht, so wird der Kranke bei gleichzeitiger Zunahme der Schmerzen bald den Arzt konsultieren. Es

darf erwähnt werden, dass für die Intensität der Beschwerden topographische Verhältnisse mitspielen. Im oberen Abschnitt des Oesophagus lokalisierte Krebse machen rascher und mehr Beschwerden als die distalen. Tabellarisch können die Symptome wie folgt zusammengestellt werden:

Schluck- und Schlingbeschwerden	28mal
Retrosternalschmerzen	15mal
Oberbauchbeschwerden	3mal
Dysphagie	1mal
Aufstossen	3mal

2. *Welcher Arzt wird aufgesucht?*

Entsprechend dem Symptomenbild sind es mit überwiegender Mehrheit die praktischen Ärzte, die von den Kranken zuerst aufgesucht werden. Diese Tatsache verwundert auch nicht, wenn wir wissen, dass die für das Oesophaguskarzinom typischen Beschwerden von den Patienten häufig mit Herz- oder Magenbeschwerden, Rheumatismus oder „innerem Kropf" verwechselt werden. Nach sorgfältig aufgenommener Anamnese und evtl. Voruntersuchung wie Blutsenkung weist der zuverlässige Praktiker seine Patienten richtigerweise an den ORL-Spezialisten, wie dies in der folgenden Tabelle zum Ausdruck kommt. Konsultierte Ärzte:

Praktiker	44mal
ORL-Spezialist	4mal
Internist	2mal

Vom Praktiker werden die Patienten an folgende Spezialisten gewiesen:

ORL-Spezialist	8mal
ORL-Poliklinik	17mal
ORL-Klinik	11mal
Internist	7mal
Med. Poliklinik	1mal

3. Wieviel Zeit verstreicht bis zur richtigen Diagnose?

Wenn wir die Zeit vom Auftreten der frühesten Symptome bis zum ersten Arztbesuch, im Durchschnitt 10,5 Wochen, mit derjenigen von 18,9 Wochen bis zur richtigen Diagnose zueinander in Beziehung bringen, so errechnen wir eine Differenz von 8,4 Wochen, die heute als zu lange bezeichnet werden muss. Viel unheilvoller ist jedoch der Zeitverlust, der durch die Patienten selbst verschuldet wird, denen von „verschiedenen Seiten" abgeraten wird, wichtige Untersuchungen wie die Oesophagoskopie vornehmen zu lassen und lieber dies und jenes doch noch zu versuchen.

Wenn wir wissen, dass die Prognose des Oesophaguskarzinoms nach wie vor schlecht ist, von unseren Fällen haben lediglich 14 von 50 operiert werden können, so dürfen wir als behandelnde Ärzte die Kranken nicht eher „aus den Händen lassen", bis die Diagnose gesichert ist.

4. Wer stellt die Diagnose?

So wie der praktische Arzt mit überwiegender Mehrheit von den Patienten zuerst konsultiert wird, so sind es wiederum die ORL-Spezialisten, die dank der Möglichkeit der direkten Untersuchung (Oesophagoskopie und Biopsie) die Diagnose stellen können. Die von geübter Hand ausgeführte Endoskopie der Speiseröhre ist der Röntgenuntersuchung überlegen, da an den auf Tumor verdächtigen Stellen Probeexcisionen gemacht werden können. Die histologische Untersuchung zeitigt dann ein exaktes Resultat. Heute ist die kombinierte Abklärung — Oesophagoskopie und Röntgen — kaum mehr wegzudenken. Die Diagnose haben gestellt:

Praktiker	2mal
Internist	9mal
ORL-Spezialist	10mal
ORL-Poliklinik	17mal
ORL-Klinik	11mal
Med. Poliklinik	1mal

8. Bronchuskarzinome

Über das Bronchuskarzinom wird vielleicht heute neben den weiblichen Genitalkrebsen nicht allein in Fachkreisen, sondern auch im breiten Publikum am meisten diskutiert und geschrieben. Mit der Verfeinerung der Untersuchungstechnik und der Erweiterung der Untersuchungsmethoden kann die zahlenmässig immer mehr auftretende Krebsform diagnostisch besser erfasst werden. In den Jahren 1946 bis 1955 unseres Krankengutes sind 33 Patienten auf der ORL-Klinik des Bürgerspitals Basel hospitalisiert und behandelt worden, davon 32 Männer und eine Frau.

Hennemann stellt ein Verhältnis von Mann zu Frau seines Beobachtungsgutes von 1945 bis 1953 von 20:1 fest. Von insgesamt 8 Frauen sind 3 unter 40 Jahren. Ochsner kommt auf eine Verhältniszahl von 8:1. Unsere Patientin ist 70jährig. Der jüngste Mann unserer Klinik ist 43jährig, die beiden ältesten zählen 77 Jahre. Nach unseren Feststellungen sind die beiden Dezennien 60 und 70 mit je 13 Kranken als Krebsalter zu bezeichnen.

Oudet gibt ein Durchschnittsalter von 53 Jahren für beide Geschlechter, Møller für Männer 56,4 und für Frauen 64,8 Jahre an. Gleichzeitig stellt letzterer die Behauptung auf, dass Bronchuskrebse vor dem 40. Altersjahr selten seien. Hansen hat die grösste Zahl der Patienten mit 43,0 % zwischen 50 und 59 Jahren festgestellt. Frauen sind durchwegs 5 bis 10 Jahre älter als Männer. Kulvin gelangt zur gleichen Feststellung. Anderson setzt das bevorzugte Alter für Lungenkrebse ebenfalls zwischen 50 bis 60 Jahre fest, Ochsner hauptsächlich zwischen 50 bis 70 Jahre wie wir.

Diese Angaben zeigen doch mit aller Deutlichkeit, dass das Bronchuskarzinom Personen mittleren oder gesetzten Alters befällt.

Über die Ursachen des Bronchuskrebses werden immer wieder Zusammenhänge mit dem Rauchen betont (Oudet, Ochsner).

Histologisch handelt es sich fast ausschliesslich um Plattenepithelkarzinome. Ochsner erwähnt zwar, dass bei zunehmendem Alter die Adenokarzinome zugunsten der Plattenepithelkarzinome seltener werden. Die histologische Untersuchung unserer Fälle ergibt folgende Verteilung:

Plattenepithelkarzinome	26mal
Oatcellkarzinome	4mal
Basalzellkarzinome	1mal
Zylinderzellkarzinome	2mal

In den letzten Jahren ist man übergegangen, die Untersuchungsmethoden technisch auszubauen und zu verfeinern. Neben der röntgenologischen und tomographischen Untersuchung sind die bronchoskopische und bronchographische nicht mehr wegzudenken. Probeexcisat und Aspirat werden histologisch und zytologisch untersucht. Die Tomographie hat ihre Bedeutung zur Frage der Operabilität bzw. Lokalisation und Ausbreitung eines Tumors (Oudet). Die Bronchographie wird häufig der Bronchoskopie (Hoffmann) vorgezogen.

Nebenbei sei eine weitere Untersuchungsmethode, die Kinedensigraphie, angegeben, die praktisch aber kaum verwendet wird. Diese misst den Arterienpuls im Lungengewebe, der sich beim Vorkommen von Karzinom verändern soll.

Trotz allen technischen Errungenschaften muss als erstes Gebot für die Früherfassung eine genaue Aufnahme der Anamnese gefordert werden, worauf sich die oben erwähnten zusätzlichen Untersuchungen anschliessen.

1. Wie lange dauert es, bis der Kranke einen Arzt aufsucht? Welches sind die hauptsächlichsten Symptome?

Die Symptomatologie dieses Leidens bedingt es, dass wir hier die verschiedensten Angaben über die Dauer resp. den Beginn der Erkrankung erhalten. Da das Bronchuskarzinom häufig in direkte Beziehung mit dem Nikotin gebracht wird, ist es nicht verwunderlich, wenn die Anamnesen verschieden lang sind. Die gewohnheitsmässigen, insbesondere die starken Raucher schenken dem Kardinalsymptom, dem Husten, meist keine Beachtung. Oudet behauptet, dass alle seine Patienten Zigarettenraucher sind mit einer durchschnittlichen Dosis von 10 und mehr Zigaretten pro Tag. Pfeifen- und Zigarrenraucher fehlen. Ochsner dagegen spricht lediglich von gewissen Zusammenhängen mit dem Rauchen.

Während wir bei unserem Krankengut auf eine Durchschnittszeit von 19,2 Wochen, also rund 5 Monate, kommen, errechnet Ochsner eine solche von 12,3 Monaten. Er gibt an, dass von 948 Fällen nur 3 Patienten symptomlos waren. 31 Kranke haben erst während 2 Monaten oder kürzere Zeit Beschwerden geäussert. In einer zweiten Arbeit des gleichen Autors wird ausgeführt, dass vom Beginn der Symptome bis zur Aufnahme in die Klinik durchschnittlich 8,7 Monate vergehen. Er behauptet gleichzeitig auch, dass von diesem Zeitverlust im Mittel 2,8 Monate auf Konto des Kranken und 5,5 Monate auf Kosten des Arztes gehen. Diese letztere Angabe lässt aufhorchen, begeht doch der Arzt nach seinen Angaben in etwas weniger als der Hälfte den Fehler, dem Leiden des Patienten nicht die notwendige Beachtung zu schenken. Für Brock ist die Hauptsache, dass der Arzt an den Lungenkrebs denkt!

Wir stehen also mit unserem Durchschnittswert von 19,2 Wochen nicht abseits der in der Literatur enthaltenen Angaben.

Das Symptomenbild des Bronchuskarzinoms ist relativ einfach und beschränkt sich fast ausschliesslich auf Erscheinungen der Atemwege. Die Heilungsaussichten stehen und fallen hier mit dem raschen Erkennen der Frühsymptome wie Husten, Bluthusten, Schmerzen, Gewichtsverlust, sekundäre Pneumonie (Anderson). Spath stellt sogar die Behauptung auf, dass die Frühdiagnose allein in der Verantwortung des erstbehandelnden Arztes liegt. Unsere Fälle weisen der Häufigkeit nach folgende Symptome auf:

Reizhusten	16mal
Bluthusten	10mal
Thoraxschmerzen	5mal
Atembeschwerden	8mal
Heiserkeit	3mal

Ochsner und Brock geben der Reihe nach die gleichen Symptome an wie Anderson.

Die Chancen für eine Heilung können durch einen möglichst frühzeitigen Gang des Patienten zum Arzt gebessert werden.

2. *Welcher Arzt wird aufgesucht?*

Es erscheint eigenartig, dass alle 33 Patienten sich an den praktischen Arzt gewendet haben, um sich erstmals untersuchen zu lassen. Andererseits kann uns dies nicht verwundern, wenn das Symptomenbild, wie wir es vorgängig kennengelernt haben, lediglich banale Krankheitserscheinungen aufweist. Diese weisen auch den Weg zum Allgemeinpraktiker, der die Patienten auf Grund der Anamnese und seiner Untersuchungen zur Abklärung an folgende Spezialärzte weiterleitet:

ORL-Spezialist	5mal
ORL-Poliklinik	13mal
ORL-Klinik	10mal
Med. Poliklinik	2mal
Med. Klinik	3mal

Hier fällt auf, dass die ORL-Poliklinik und -Klinik die meisten Fälle zur Abklärung überwiesen bekommen haben. Wir können annehmen, dass die praktischen Ärzte in erster Linie an die unbedingt erforderliche Bronchoskopie, die eine spezialistische Untersuchung der Ohren-, Nasen- und Halsärzte ist, denken. Die Tatsache, dass oft die mit der Bronchoskopie gleichzeitig ausgeführte Biopsie die genaue Diagnose ermöglicht, lässt dieses Vorgehen als vollkommen richtig erscheinen. Zange fordert, die Bronchoskopie dann auszuführen, wenn

1. länger dauerndes Hüsteln, Reizhusten oder spärlich Auswurf vorhanden sind,
2. eine verschleppte Grippe mit zunehmender Atemnot und Auswurf mit Krampfhustenanfällen bestehen,
3. eine chronische Pneumonie diagnostiziert wird,
4. geschwulstähnliche Lungen- oder Hilusschatten im Röntgenbild nachgewiesen werden.

3. *Wieviel Zeit verstreicht, bis die richtige Diagnose gestellt wird?*

Wir wissen, dass 19,2 Wochen vergehen, bis der Arzt konsultiert wird. Nach unserer statistischen Auswertung des Krankengutes vergehen weitere 4,8 Wochen, also insgesamt 24 Wochen, bis die Diagnose gestellt ist. Diese Zeitspanne darf als kurz bezeichnet werden, wenn wir

berücksichtigen, dass der Patient einem Spezialisten zugewiesen werden muss. Eine wesentliche Verkürzung dürfte in Zukunft kaum erreicht werden.

4. Wer stellt die richtige Diagnose?

So wie die genaue klinische Abklärung durch die ORL-Spezialisten erfolgt, so stellen auch diese fast ausschliesslich, meist auf Grund der Biopsiebefunde, die genaue Diagnose. Die Zusammenstellung ergibt ungefähr folgendes Bild:

ORL-Poliklinik	13mal
ORL-Klinik	17mal
Med. Klinik und Poliklinik	3mal

Die Behandlung des Bronchuskarzinoms ist nach wie vor die Operation. Nach unserer eigenen Zusammenstellung sind rund 50 % der Fälle (17 operabel, 16 inoperabel) operabel, wobei über das Resultat nichts ausgesagt ist.

TABELLARISCHE ZUSAMMENFASSUNG

Lokalisation des Karzinoms	Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis erster Arztbesuch	Zeit bis richtige Diagnose gestellt
Nasennebenhöhlen	15.6 Wochen	25.4 Wochen
Zunge u. Mundboden	16.4 Wochen	19.2 Wochen
Übrige Mundhöhle	13.9 Wochen	15 Wochen
Tonsillen	10.1 Wochen	17 Wochen
Epipharynx	4.7 Wochen	8 Wochen
Mesopharynx	17.4 Wochen	18 Wochen
Hypopharynx	10.8 Wochen	13.6 Wochen
Larynx-Eingang	8.3 Wochen	12.7 Wochen
Larynx-Inneres	25 Wochen	34 Wochen
Oesophagus	10.5 Wochen	18.9 Wochen
Bronchus	19.2 Wochen	24 Wochen

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Trotz den wesentlichen Fortschritten der Krebsbehandlung infolge der erweiterten Operationsmöglichkeiten durch die modernen Narkoseverfahren und den Antibioticaschutz sowie den Fortschritten der Strahlenbehandlung unter Beiziehung der Kobaltkanone und dem Betatron, hängen die Dauererfolge immer noch weitgehend von der Früherfassung und Frühdiagnose ab. Vor allem das Auftreten von regionären Metastasen verschlechtert die Prognose sprunghaft, und Fernmetastasen schliessen beim Fehlen einer internen Krebstherapie jeden Erfolg von Anfang an aus.

Da die Spätfälle im Krankengut auch heute noch bei weitem überwiegen, würden sich die Dauererfolge durch eine frühere Erfassung mit den heutigen Behandlungsmethoden sofort und in hohem Masse bessern. Gerade aus diesem Grunde kommt der Krebsaufklärung des Laien die grösste Bedeutung zu, weshalb sich die Gesellschaften zur Krebsbekämpfung in fast allen Ländern um eine möglichst vollständige Aufklärung über die Frühsymptome bemühen.

Es schien uns deshalb wichtig, an einem grösseren Krankengut die heutige Krebserfassung festzustellen und an Hand der Anamnese aufzuklären, wieviel Zeit zwischen dem ersten Auftreten der Krebsbeschwerden und dem Einsetzen einer zureichenden Behandlung verstreicht. Diese Zeit darf wohl mit vollem Recht als „verlorene Zeit" bezeichnet werden. Insbesondere interessierte uns an dieser ausserordentlich wichtigen therapeutisch ungenutzten Anfangszeit der Krebsentwicklung die Frage, inwieweit die Verzögerung der Frühdiagnose dem späten erstmaligen Aufsuchen des Arztes durch den Patienten oder einer Unterlassung des erstbehandelnden Arztes zuzuschreiben ist.

Die auf Seite 42 angegebene Statistik bestätigt in erster Linie die alte Erfahrung, dass die Diagnose trotz vorhandener Beschwerden unverhältnismässig spät gestellt wird. Die „verlorene Zeit" beträgt im Mittel 18,7 Wochen bzw. ca. viereinhalb Monate. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn die Krebsgeschwulst im Zeitpunkt der Diagnose in der Regel bereits von wesentlicher Grösse ist, oft schon Metastasen verursacht hat und daher, abgesehen von bestimmten Lokalisationen, fast nur

Spätfälle zur Behandlung kommen. Dabei dürfte der Beginn der Krebsgeschwulst meistens noch weiter zurückliegen, da kleine Karzinome keine nennenswerten Beschwerden, geschweige denn Schmerzen verursachen, die höchstens den Krebsängstlichen auffallen, dem robusten Krebskranken aber nicht der Erwähnung wert erscheinen.

Die Tabelle zeigt im weiteren, dass von diesen 18,7 Wochen bereits 13,6 Wochen verstrichen sind, wenn der Patient erstmalig den Arzt aufsucht. Der Patient wartet demnach im Durchschnitt ca. dreieinhalb Monate vom Beginn seiner Beschwerden bis zur ersten Konsultation.

Von diesem Zeitpunkt an ist der Arzt für die Erkennung des Krebses verantwortlich, und eine möglichst rasche Diagnosestellung hängt von ihm allein ab. Aus der Tabelle geht weiter hervor, dass er hierzu im Mittel 5,1 Wochen braucht, also immer noch etwas mehr als einen Monat. Diese Zeit erscheint auffällig lang. Ein gewisser Zeitverlust lässt sich jedoch nicht vermeiden, weil der Ausfall der Biopsie zur Sicherung der Diagnose abgewartet werden muss. Zögert der Patient, einen chirurgisch ausgebildeten Facharzt, der die Biopsie selbst ausführt, aufzusuchen, so ist dieser noch grösser. Wenn der erstkonsultierte Arzt den Patienten an einen Spezialarzt zu weisen hat, kann eine weitere Woche hinzukommen, so dass 2 bis 3 Wochen bis zur gesicherten Diagnose das Minimum sind. Das ist dann der Fall, wenn zusätzliche Röntgenuntersuchungen notwendig werden.

Von den 5,1 Wochen entfallen deshalb 1 bis drei Wochen auf die notwendigen Massnahmen zur Diagnosestellung und können dem Arzt nicht als Versäumnis zur Last gelegt werden. An der verlorenen Zeit ist daher mit 13,6 Wochen in erster Linie das späte erstmalige Aufsuchen des Arztes schuld. Die weitaus wichtigste Frage für die Früherfassung des Krebses und damit für die Krebsaufklärung, ist daher die Frage nach den Ursachen der späten Erstkonsultation von seiten des Patienten. Hierzu kommen eine Reihe von Faktoren und ihr Zusammentreffen wie Charakter des Patienten, Art der Beschwerden, Sitz des Tumors, Wachstumsgeschwindigkeit, lokale Empfindlichkeit usw. in Betracht. Von diesen verschiedenen Faktoren spielen zweifellos zwei Umstände für das späte Aufsuchen des Arztes die Hauptrolle, nämlich der Charakter des Patienten und das Fehlen von eigentlichen stärkeren Schmerzen in den Anfangsstadien.

Der zweite Anteil der „verlorenen Zeit", die Dauer der Diagnosestellung durch den Arzt, spielt im Gesamtmittel, beurteilt gegenüber dem späten Aufsuchen des Arztes keine wesentliche Rolle. Jedoch gilt dies nicht für alle Lokalisationen. Je nach dem Sitz des Krebses variiert sie in weiten Grenzen, und die zeitlichen Verhältnisse sind in dieser Beziehung ganz andere als beim ersten Aufsuchen des Arztes. So ist beim Krebs der Nasennebenhöhlen, der Tonsillen, des Kehlkopfinnern, der Speiseröhre und der Bronchien der Arzt an der Dauer der verlorenen Zeit in wesentlichem Ausmass beteiligt.

Interessant ist die Feststellung, dass sich von den 316 Patienten unseres Krankengutes 185 an den Allgemeinpraktiker, 5 an andere Nichtfachärzte und 126 an den HNO-Spezialisten bzw. die betreffende Poliklinik wandten. In der wesentlich überwiegenden Zahl wird demnach zunächst der Praktiker konsultiert. Er spielt deshalb in der Frühdiagnose des Krebses eine ausserordentlich wichtige Rolle und trägt auch eine entsprechende Verantwortung. Die Arztwahl des Patienten bei seiner ersten Konsultation und der Sitz des Krebses bestimmen nun weitgehend die Raschheit der richtigen Diagnose und damit oft das Schicksal des Patienten.

ZUSAMMENFASSUNG

In unserer statistischen Untersuchung an Hand des Krankengutes der otolar. Klinik Basel der Jahre 1946 bis 1955 von 316 Karzinomkranken werden die zeitlichen Verhältnisse der Erfassung und der Diagnose der Krebserkrankung der oberen Luft- und Speisewege, einschliesslich Speiseröhre und Bronchien, festgestellt. Sie ergeben, dass von einer Früherfassung und Frühdiagnose in diesem Gebiet noch nicht die Rede sein kann. Es vergehen im Durchschnitt mehrere Monate, bis die Diagnose gestellt wird und die Krebsbehandlung einsetzen kann. Vor allem entfällt der grösste Teil dieser „verlorenen Zeit" auf eine fehlende Früherfassung des Krebskranken, der den Arzt nach Beginn seiner Beschwerden im Mittel erst nach dreieinhalb Monaten aufsucht. Gegenüber der späten Erfassung des Krebses tritt die Verzögerung der Diagnose durch die Unterlassung einer zureichenden Diagnose von seiten des erstbehandelnden Arztes mit Ausnahme bestimmter Lokalisationen, so beim Karzinom der Nasennebenhöhlen, der Tonsillen, des Kehlkopfinneren, der Speiseröhre und der Bronchien. Es betrifft dies den in der Regel erstkonsultierten Allgemeinpraktiker, der besonders berufen ist, an der Besserung der Krebsresultate mitzuhelfen.

LITERATURVERZEICHNIS

Alfonso Justo M.: Sintomatología y Formas Clínicas del Cáncer de la Laringe (Rev. otorinolaringol. 9, 1949).

Anderson Ovrin E.: The Early Diagnosis of the Primary Carcinoma of the Lung (Ann. of Otol. 58, 1949).

Brock R. C.: The Early Diagnosis of Bronchial Carcinoma (Brit. med. J. 4645, 1950).

Capps F. C. W.: Discussion on the Early Diagnosis of Nasopharyngeal Carcinoma (Proc. Roy. Soc. Med. 46, 1953).

Dietzel: Zur Frühdiagnose des Kehlkopfkarzinoms (Beih. z. Z. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 4, 1953).

Gooddy William: Discussion on the Early Diagnosis of Nasopharyngeal Carcinoma (Proc. Roy. Soc. Med. 46, 1953).

Hansen Jens L.: Behandlung und Frühdiagnose des bronchogenen Carcinoms (Ugeskr. Laeg. 1949).

Hennemann H. H., Falck J. u. Strobbe H.: Frühdiagnose der Bronchial-Carcinome (Z. inn. Med. 9, 1954).

Hoffmann R. u. Stengel Claus: Die Bronchographie als Wegweiser für die Bronchoskopie bei der Diagnostik des Bronchialkarzinoms (Dtsch. med. J. 1954).

Kulvin Max M.: Bronchogenic Carcinoma. Review of three hundred and sixteen cases from 1937–1946 (Arch. of Otolaryng. 48, 1948).

Meyer M.: Das Schicksal Krebskranker (Mschr. Krebsbekämpfung 1940).

Møller Axel u. Raaschon Flemming: Die Frühdiagnose des primären bronchogenen Carcinoms (Ugeskr. Laeg. 1949).

Mumbert Vasallo de Alfonso: Los métodes de exploración en el diagnóstico del cáncer laringeo (Medicamenta Madrid 12, 1954).

Nissen R.: Die Schwierigkeiten der Frühdiagnose des Oesophagus-Carcinoms (Radio. clin. 22, 1953).

— Zur Diagnose und Behandlung des Lungencarcinoms (Neue med. Welt 1, 1950).

Ochsner Alton et al.: Bronchogenic Carcinoma. Its frequency, diagnosis and early treatment (J. Amer. Med. Assoc. 148, 1954).

Ochsner Alton: Bronchogenic Carcinoma (Laryngoscope 63, 1953).

Oudet P., Blum E. et al.: Conditions générales de diagnostic des cancers bronchiques (Strasbourg méd. 3, 1952).

Parker Edward F.: The Early Diagnosis of Carcinoma of the Esophagus (Amer. Surgeon 18, 1952).

Port Theodor: Die Frühdiagnose des Zungenkarzinoms (Arch. Geschwulstforschg. 5, 1953).

Spath F.: Zur Frühdiagnose des Bronchuskarzinoms (Wien. med. Wschr. 1950).

Tucker G.: Diagnosis and Treatment of Cancer of the Larynx (J. Amer. Med. Assoc. 149, 1952).

Zange: Die Bedeutung der Bronchoskopie für die Frühdiagnose des Bronchial-Carcinoms (Beih. z. Z. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 4, 1953).

Gedruckt in Westdeutschland